



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Zur Entwicklung der Altersmedizin in der Schweiz

**Charles Chappuis, em. Chefarzt Zentrum Geriatrie-Rehabilitation Zieglerspital Bern
und em. Stiftungsratspräsident tilia Stiftung für Langzeitpflege, Köniz Bern**

Referat, gehalten am 13. Zürcher Geriatrieforum Waid vom 6.9.2013

Sehr geehrte Frau Stadträtin, sehr geehrte Damen und Herren, geschätzte Kolleginnen und Kollegen,

Zu Beginn meiner Ausführungen möchte ich dem Autor des heutigen Geriatrieforums, Daniel Grob, zu seinem Jubiläum im Waidspital herzlich gratulieren. Ich verbinde damit meinen Dank für die Einladung, mich zur Entwicklung der Geriatrie in der Schweiz zu äussern.

Aus unserem klinischen Alltag – ich bin als Consiliarius für Hausärzte und in Übergangs- und Langzeitinstitutionen tätig – ist uns die Anamnese, die Geschichte, als eine unserer Arbeitsweisen wesentlich

Ana – mnema : entlang der Erinnerung

Entlang meiner Erinnerung möchte ich die Geschichte im Jahr 1963 beginnen lassen und somit den Titel meiner Ausführungen mit „50 Jahre gelebter Geriatrie“ überschreiben.

Im Jahre 1963 begegnete ich zum ersten Male der Geriatrie. Diese erste Begegnung sollte für meinen beruflichen Werdegang wegweisend werden.

Erinnerungen über 50 Jahre sind nicht lückenlos, es braucht Erinnerungsstützen.

Solche Stützen fand ich in letzthin geführten Gesprächen mit mir freundschaftlich verbundenen Kollegen: François Loew, ehemals Médecin adjoint am HOGER (Hôpital de Gériatrie Thônex, Genève), Pierre Schwed, em. medizinischer Chefarzt am Hôpital

psychogériatrique Prilly Lausanne, Fritz Huber em. Chefarzt am Felix Platter Spital Basel – Doyen der Schweizer Geriater – und Daniel Inglin, Leitender Arzt Geriatriische Klinik St. Gallen. Ihnen allen danke ich für den wertvollen Gedankenaustausch, den wir im Vorfeld dieser heutigen Veranstaltung führen konnten.

Wenn ich mich zu der Entwicklung der Altersmedizin in der Schweiz äussere und dies als Anamnese von 50 Jahren, seit 1963 gelebter Geriatrie, tue, so werden Sie verstehen, dass meine Ausführungen subjektiv sind, persönlich geprägt. Ungenauigkeiten gegenüber mögen Sie Nachsicht walten lassen, auch wenn ich etwas aus Ihrer Sicht Wichtiges ausgelassen haben sollte.

Gliederung in 5 Abschnitte:

1. Persönliche Erfahrungen
2. Begegnungen, Entwicklungen
- 3.. Ereignisse
4. Von der SGG zur SFGG
5. Bedenkenswertes im Heute der Geriatrie von Morgen

1. Persönliche Erfahrungen ...

1963 War Dr. Paul Jucker, Chefarzt an den Altersheimen des Bürgerspitals Basel mein erster Chef. Er stand einer Institution für Langzeitkranke mit > 400 Betten verteilt auf 7 Stationen und zusätzlichen Wohneinheiten vor. Daneben war er Personalarzt für das ganze Bürgerspital. Sein ärztliche Equipe bestand aus 1 Oberarzt und 3 Assistenzärzten.

Dr. Jucker war für mich einprägsames Vorbild : er kannte „seine“ Patienten medizinisch und lebensgeschichtlich. Seine klinischen Visiten und Untersuchungen am Patientenbett waren bestes bedside teaching, Seine Beurteilungen fussten auf aktuellen Kenntnissen der Literatur.

Wir Assistenten konnten in Begegnungen beobachten, wie die Chefarztkollegen, Professoren des Bürgerspitals ihm mit grosser Wertschätzung seiner Tätigkeit im Bereiche der Altersmedizin entgegentraten. Internisten Fritz Koller, Herbert Ludwig, der Chirurg Rudolf Nissen, der Ophthalmologe Friedrich Rintelen ,wie auch die Pathologen Andreas Werthemann und Sigfried Scheidegger.

Wir wurden in geriatrische Literatur eingeführt: Nissen publiziert 1963 „Chirurgie des alternden Menschen, Indikationen und Kontraindikationen“. Er beschreibt dort, was wir heute unter dem präoperativen geriatrische Assessment verstehen und in der postoperativen Phase die geriatrische Rehabilitation. 1964 führt Rintelen ein Symposium „Geronto- und Geriatro-ophthalmologie“ durch.

Die Grundhaltung dieser Kliniker war: Günstige Beeinflussung der Lebensqualität. Wir erhielten vermittelt, dass Autonomie, Wohlbefinden und Würde der alten Patienten verantwortungsbewusst bedacht werden mussten.

Nach Staatsexamen und Dissertation 1965 war ich während der ersten Weiterbildungsjahre in Innerer Medizin 1966/68 am Diakonissenspital Riehen bei Dr. A.E. Vischer. Ich erhielt als zusätzliche Spezialaufgabe die ärztliche Betreuung der beiden Alters- und Pflegeheimabteilungen für pflegebedürftige Diakonissen. Meine bei Dr. Jucker erworbenen Kenntnisse konnte ich hier gut einsetzen, war die Meinung des Chefs.

In den Jahren 1970/72 als Oberarzt am neuen Kantonalen Spital Uznach, St.Gallen., wurde ich von meinem damaligen Chef Dr. E. Bütikofer als Mitglied in die Baukommission für die Umgestaltung des alten Spitals in ein Pflegeheim delegiert. Ich lernte dadurch eine Grundhaltung kennen : Alte Spitäler sind gut für Alte.

Hier erinnere ich mich auch an den späteren Ausspruch meines Studienkollegen Hannes Stähelin zur Geriatrie: Geriatrie ist nicht attraktiv, vergleicht man das Gesundheitswesen mit einer Zugskomposition, so wollen alle die komfortablen vordersten Wagen, niemand will die wenig attraktiven 3 hintersten Wagen - der Alten - wir, die Geriater interessieren uns dafür.

1973 gelangte der Stadtarzt von Bern mit der Anfrage an mich, ob ich mich für den Aufbau einer Langzeitkrankenabteilung, am neuen, im Bau befindlichen Zieglerspital interessierte. Die Idee zu dieser Abteilung basierte auf einem Gutachten des damaligen Inseleospital Direktors François Kohler und des internistischen Chefarztes des Lory Spitals, Prof. Bernhard Steinmann aus dem Jahre 1964. In Berücksichtigung der künftigen Entwicklung der Altersstruktur der Berner Bevölkerung hatten die Stimmbürger einer so vorgeschlagenen Neuschaffung zu gestimmt.

1976 konnte ich nach 2 Jahren intensiver Vorbereitung mit einer hochmotivierten Pionierequipe bestehend aus Pflegedienst, Physio- und Ergotherapie, Sozialarbeit und Oberarzt die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation eröffnen. Die Zustimmung zur anderen Bezeichnung – da auch „anderer Inhalt“ und andere Kosten – musste ich in harter Überzeugungsarbeit bei allen vorgesetzten Gremien von Stadt und Kanton einholen. Im neuen Zieglerspital war jetzt Geriatrie-Rehabilitation mit Innerer Medizin und Chirurgie gleichberechtigt- Erfreulich war die tragfähige Kollegialität, die ich von meinen Chefarztkollegen Prof. R. Hoigné (IM) und Dr. G. Moser (Chir.) erfahren durfte. Im Laufe der

Jahre entstand das Zentrum Geriatrie-Rehabilitation mit Aufgaben der Akutgeriatrie, Rehabilitation, Übergangspflege, Tagesklinik inkl Memory clinic, Nachtambulanz, Assessment- und Consultationsdienst bis zu meiner Pensionierung im Jahre 2005.

Das Modell diente der Geriatrie-Entwicklung für alle regionalen Spitalzentren im Kanton. Beispielhaft hat das mein ehemaliger Oberarzt, Dr. Thomas Widmer, im Spitalzentrum Biel umgesetzt.

2. Begegnungen, Entwicklungen

Durch die neue Aufgabe kam es ab 1975 zu Begegnungen und Austausch, die prägend waren.

J.P. Junod in **Genf**: er hatte mit dem neuen Hôpital de Gériatrie (HOGER) Thônex in Genf seit 1970 eine grosse Institution mit gegen 200 Betten aufgebaut.. Bei ihm konnte ich erfahren und erleben:

- wie wichtig die Bekanntheit eines Geriatriespitals und seines Gründers bei Bevölkerung und Ärzteschaft sowie Politikern war, wie Leistung Vertrauen schaffte.
- dass eine so grosse Unternehmung sich nur in einer klar durchorganisierten Struktur mit guten Mitarbeitern führen liess : ein erfahrener Praktiker Dr. Reymond als CoChefarzt, die leitenden Ärzte François Loew und Ch.H. Rapin, der Psychiater Dr. Goda als Co-Chefarzt, und eine hervorragende Pflegedienstleitung.
- dass aus diesem Grundbaustein sich weitere Einrichtungen entwickeln liessen
 - ein Tagesspital unter Leitung einer Psychiaterin und einer Internistin.
 - Der Consultationsdienst im Hôpital cantonal zuerst als Bi-ger bezeichnet, dann zu Ce-ger (Centre de gériatrie) abgewandelt
 - CESCO Centre de soins continus (eine ehemalige Privatklinik)I eine der ersten Palliativstationen 1983 von C.H. Rapin als CA neu gestaltet. Rapin wandte sich dann zusätzlich Fragen der Ernährung zu.
 - 1992 übernahm Rapin die Leitung der Policlinique gériatrique (POLIGER) im Rahmen der Medizinischen Poliklinik
 - Gilbert Zulian übernahm die Leitung des CESCO
 - Nach dem plötzlichen Tode von C.H.Rapin 2004 wurde die POLIGER als Unité de gériatrie communautaire (UGC/HUG)) bezeichnet und 2007 unter der Leitung der

Geriatrin doctoresse Laura di Pollina in den service de médecine de premier recours unter der Departementsleitung von Prof. Jean Michel Gaspoz integriert.

In der Genfer Geriatrie erfolgte mit dem Suizid von J.P. Junod im Jahre 1985 eine nachhaltige Zäsur: plötzlich fehlte die Führungspersönlichkeit. Als Interimsleiter im HOGER übernahm der eben emeritierte CA der Med. Poliklinik Prof. Jean Fabre die Führungsverantwortung, die er mit grossem Engagement umsetzte.

1987-2009 wirkte J.P Michel als Ordinarius für Geriatrie, wobei in diese Zeit mehrere Umstrukturierungen und Departementszuteilungswechsel fielen.

Die Nachfolge von J.P. Michel hat Gabriel Gold angetreten, der seit 2012 Ordinarius für Geriatrie ist im Dépt. de médecine int. générale , réhabilitation et gériatrie. Es scheint bezw. ist zu hoffen, dass in Genf wieder klarere Verhältnisse geschaffen werden. Das Risiko besteht, dass sonst der Patient auf der“ Strecke bleibt“ ..

In **Lausanne** hatte Jean Wertheimer, gemäss der Idee des Psychiatrieordinarius in Cery Prof. Christian Müller, das in der Schweiz erste selbständige Hôpital de psychogériatrie 1972 als Chefarzt übernommen. Diese Institution wurde 1980 eine universitäre Institution. Es darf als Wertheimers Verdienst bezeichnet werden, sich bereits in den 70-er Jahren mit den vielfältigen Fragen der Abklärung und Differenzierungen der Demenzformen beschäftigt zu haben. Zu seinem Konzept gehörten ein Centre ambulatoire de psychogériatrie, von dem aus Hausbesuche in der Stadt Lausanne durchgeführt wurden und zwei Tagesspitäler.

Es war gleichsam „logisch“, dass er im Jahre 1988 Gründungsmitglied der Schweizer Alzheimervereinigung wurde, die ihren Ursprung in einer 1987 in Bern gegründeten diesbezüglichen Selbsthilfegruppe hatte. Nach dem Rücktritt von Wertheimer 1998 übernahm ein langjähriger Mitarbeiter, Michel Gaillard, die ärztliche Leitung bis 2011. Die „akademische“ Supervision erfolgte von Genf aus durch Prof. Giannakopoulos. Genf und Lausanne und vice et versa, es scheinen da immer wieder organisatorische, politische und auch zwischenmenschliche Probleme bestanden zu haben. Seit 2011 hat nun Armin von Gunten die klinischen, und akademischen Verantwortlichkeiten unter seiner Leitung.

Mit der Bezeichnung Médecin responsable du Centre universitaire de traitement et réadaptation (CUTR) in der Clinique Sylvana oberhalb Lausanne- einer ehemaligen Tbc-station- wurde am CHUV 1994 erstmals ein Geriater, Christoph Büla „eingesetzt“. Dem internistischen Chefarzt – einer meiner Schul- und Studienkollegen – machten die Geriater offensichtlich Mühe: waren sie bedrohlich?, wussten/konnten sie anderes besser als er ? Da wurde plötzlich der Sprechende eingeladen, in den Jahren 1995 und 96 als Gastdozent

in Vorlesungen der Inneren Medizin zum Thema „gériatrie et réadaptation“ aufzutreten. Wenn ich einen Beitrag leisten konnte, „Ängste“ abzubauen, hat sich der Einsatz gerechtfertigt. Chr. Büla ist seit 2007 Ordinarius für Geriatrie an der Medizinischen Fakultät der Uni Lausanne und Chefarzt des Service de gériatrie et réadaptation des CHUV, eingeschlossen Sylvana. Aus seiner «Schule» stammt Rebeca Dreher, Médecin responsable des CTR Aubonne-Gilly, SFGG-Präsidentin 2010/11.

In **Basel** gab es nach 1967 zwei Geriatrie-Linien:

Die 1. Linie :Mit der Eröffnung des neu gebauten Felix Platterspitals übernahm dort 1967 der ehemalige Oberarzt bei Dr. Jucker, Fritz Huber die Führung der Klinik 1. Die bereits in den dortigen Pavillon-Altbauten bestehende Klinik 2 unter Chefarzt Dr. Keller wurde 1975 von H.B. Stähelin übernommen. Ein Oberarzt – Dr. Six – wurde hier im Waidspital 1986 Chefarzt.

Die beiden Kliniken inkl die Gerontopsychiatrische Einheit unter Dr. Studer wurden später(1992) unter eine Leitung gestellt. Fritz Huber hatte zu seiner Seite Balthasar Salathé, der auch dem Huber-nachfolger ab 1995, Martin Conzelmann, weiterhin treu blieb.

Die 2. Linie : nach der Pensionierung von Paul Jucker übernahm 1977 Hannes Stähelin , dazumal PD, wissenschaftlich erfahren im Rahmen der Basler Langzeitstudie (sie befasste sich mit der Entwicklung Stoffwechsel- und Kreislaufstörungen von ca 4000 Angestellten der Grossen Pharmafirmen in Basel) den Markgräflerhof, erhielt einen Lehrauftrag , 1992 ein Ordinariat für Geriatrie und im Klinikum 2 eine Geriatriische Einheit. Sein langjähriger Stellvertreter, Walter Seiler, der vom Basler Paraplegikerzentrum her zu ihm kam, wesentliche Forschungsaspekte der Decubituspflege mitbrachte, übernahm die Leitung 2001-2006. Im 2006 wurde mit einem Extraordinariat Reto Kressig akademischer Nachfolger in der Geriatrie. Seine „Geriatriewurzeln“ reichen nach St. Gallen, wo er einst bei Daniel Inglin eine Assistentenzeit und nach Genf zu J.P. Michel, wo er eine Oberarztzeit verbrachte.

In Basel ist der Wandel- wie offensichtlich an vielen anderen Geriatriestandorten, eine bedeutsame Konstante : Der Markgräflerhof , letzte Reminiszenz der Altersheime der Aera Jucker wurde aufgegeben. Die Betteneinheit im Klinikum 2 ebenfalls und ein Universitäres Zentrum für Altersmedizin Felix-Platterspital mit Martin Conzelmann und Reto Kressig geschaffen. Jetzt kann Reto Kressig seine Studien u.a. zu Sturzprävention, die er auf der Rhythmik von Jaques-Dalcroze – improvisierte Bewegungen zu Klaviermusik- abstützt, an einem grossen Geriatriezentrum mit Erfolg weiterführen.

In **Zürich** begegnete ich in den 1970-er Jahren Rudolf Schäfer, dem Rheumatologen am Waidspital, der mit grossem Engagement für die damalige medizinische Sektion der SGG (Schweiz. Gesellschaft für Gerontologie) in „seinem“ Spital Tagungen organisierte. Seine Nachfolgerin, Frau Dr. S. Weber war ebenfalls Rheumatologin. Sie hatte vom Fachgebiet her geriatrische Fragen bei ihren Patienten zu bearbeiten. Ich meine mich aber an meinen damaligen Eindruck zu erinnern, dass sie sich als Rheumatologin für ältere Patienten eher denn als Geriaterin fühlte. In ihre Schule ging 1982/84 Daniel Inglin, der sich während seiner Weiterbildungszeit im Waidspital auf ein Inserat für eine ausgeschriebene OA-Stelle am Bürgerspital St. Gallen bewarb, beim dortigen Chefarzt seit 1972, Georg Müller, ein Internist aus Basel. Daniel Inglin hat dann in St. Gallen seine „Mission“ Geriater ab 1984 umsetzen können (u.a. mit der Schaffung eines Tagesspitals) und tut dies bis heute noch hervorragend.

1986 wurde Paolo Six, wie gehört aus dem Felix-Platter BS als neuer Chefarzt gewählt: Ein „Vollblutgeriater“, der die Grundlagen zu dem legte, was dieses Spital als geriatrische Referenzstelle heute weit über den Ort hinaus ist.

Paolo Six starb zu früh, wusste aber, wer seine Nachfolge antreten werde - Daniel Grob.. Ich glaube zu wissen, dass es das sehr schätzte.

Nöte eines Universitätsspitals – möchte ich die nächsten Sätze überschreiben:

Die Alterung unserer Gesellschaft, die Zunahme geriatrischer Fragestellungen in den Spitälern wurde dort zwar registriert, man glaubte aber, mit den bestehenden Strukturen z.B. der Inneren Medizin diese bearbeiten zu können. Da war das Auftreten einer Spezialität, die sich analog der Pädiatrie nicht einem Krankheitsbild sondern einem Lebensabschnitt widmete im ersten Moment eine Bedrohung – schon wieder eine „Aufsplitterung“ in der Medizin! Wie oft hörte man: Wir Internisten behandeln schon lange alte Patienten.

Die Universität Zürich bestellte Anfang der 90-er Jahre eine Kommission, die sich mit der Einführung der Geriatrie befasste. Präsiert wurde sie von Prof. A. Uchtenhagen, nach dessen Pensionierung von Prof. D. Hell, auch er ist heute emeritiert.. Mitglieder waren der Chirurg Prof. Largiader, Prof. Vetter Med. Pol., Stadtarzt Dr. Wettstein, Dr. Six/Grob, Prof. H. Stähelin BS und der Sprechende. Es ging nebst Zielsetzungen, Programmen oft unausgesprochen um die Frage: Wer gibt aus seinen Krediten was ab bzw. baut was um ? Der Chirurg schien da am wenigsten Probleme gehabt zu haben. Largiader war es auch, der das Buch Checkliste Geriatrie initiierte. Am 1.5.2013 – nach über 20 Jahren Planung - wurde Frau Heike Bischoff-Ferri Lehrstuhlinhaberin Geriatrie und Altersforschung.

Immerhin wurde bereits 1999 in Zürich das interdisziplinäre Zentrum für Gerontologie geschaffen, unter der Leitung von Prof. Mike Martin. Schon in den 80-er Jahren hatte am psychologischen Institut Hans Dieter Schneider mit ersten Arbeiten in Gerontopsychologie die Altersfragen ins Bewusstsein gerückt. Schneider wurde Ordinarius für Psychologie an der Uni Fribourg, wo er seine diesbezüglichen Forschungen weiterführte. Er war auch in den Jahren 1992-93 SGG-präsident.

Noch einige weiteren Begegnungen im „Netzwerk“ der Geriatrie Richtung **Ostschweiz**:

Kurt Müller baute, von Basel aus der Schule Huber kommend, die Geriatrie in Schaffhausen auf. Seine Verbindung zur Theologie - er war ausgebildeter Theologe - blieb ihm so wertvoll, dass er vor seiner Pensionierung sich für die Übernahme eines Pfarramtes entschied.

In St. Gallen übernahm nach der Pensionierung von Georg Müller 1998 ein Berner, Christoph Hürny die Geriatrie. Seine Tätigkeit im Lory-Spital Bern lag unter dem dortigen Chefarzt Rolf Adler schwergewichtig auf der Psychosomatik und Psychoonkologie im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modelles. Er konnte in St. Gallen seine hervorragenden Fähigkeiten im Bereiche der Kommunikation mit Patienten in der Geriatrie voll zu Entfaltung und Wirkung bringen. Man spürt bei ihm die vorbildliche Grundhaltung: Man muss Menschen mögen, wie sie sind, es gibt keine anderen.

Ich möchte den Rundgang durch meine Begegnungen nicht schliessen ohne die Erwähnung von Kollegen

- im **Wallis** : Claude Bayard (Sion), Michel Bruchez (Sierre), Jérôme Morisod (St. Maurice)
- im **Tessin** : Guido Ongaro (Bellinzona, Aquarossa), Franco Tanzi (Lugano), Pierluigi Quadri (Mendrisio, Lugano). Ihnen begegnete ich während meiner Tätigkeit in Genf, während meines Wirkens in der SGG/SFGG und an Tagungen
- und von Hans Bänninger, ein ehemaliger Assistent bei mir im Zieglerspital, heute im Talschaftsspital Promontogno im **Bergell** . Er lebt dort nebst Talschaftsarzt praktische, moderne Geriatrie

3. Ereignisse

Ich erwähne einige Ereignisse, die aus meiner Sicht die Entwicklung der Geriatrie in der Schweiz beeinflusst haben

1975 war im Triemlispital die „Affäre“ Hämmerli. Alte chronisch kranke, bewusstlose Pat. erhielten in gewissen Fällen nur Flüssigkeit. Es gab ein Gerichtsverfahren, das aber eingestellt wurde. Aktive –passive Euthanasie ? Welche Haltung hatten die Geriater ? An einer Tagung in Weinfelden zu dieser Thematik wurde auch Prof. Hämmerli als Referent eingeladen. Es liess schon aufhorchen, wenn man dann von ihm die Bezeichnung „... die vertrottelten Alten..“ hören musste.

Die SGG selbst und einzelne Mitglieder engagierten sich in der Folge und bis heute aktiv bei Erarbeitung von Stellungnahmen z.B z.H. des EJPD, und Richtlinien der SAMW: der alte Mensch im Heim, Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende.

1985 fand im Tessin der „Montebello-Prozess“ statt. Ein als Chirurg anerkannter Mediziner im Ruhestand hatte ein ehemaliges Kinderheim -Montebello- erworben und zu einem Pflegeheim für ältere Menschen umgewandelt. Die Betreuungsverhältnisse , die durch Klagen von Angehörigen aufgedeckt wurden, waren problematisch. J.P. Junod wurde mit einer Expertise beauftragt. Das Gericht sprach den Angeklagten Chirurgen und die Institution frei, die Tessiner-ärzte solidarisierten sich mit dem Freigesprochenen und griffen Junod und seine Expertise öffentlich an. Das frühe Ausscheiden aus dem Leben von J.P.Junod dürfte wesentlich damit zusammengehangen haben.

1993 stand im Lokalteil der Zeitung Blick in Bern „Chefarzt gab Geheimakten weiter“

Es wurde grosszeilig beanstandet, dass im Zentrum Geriatrie-Rehabilitation der Abteilungsseelsorger Einsicht in die Krankengeschichte hatte.

Ich vermute, ein mir unbekannt gebliebener ärztlicher Mitarbeiter hatte es als störend empfunden, dass nach meiner Ansicht der Seelsorger integrales Mitglied der interdisziplinären Betreuungsequipe war, damit auch Anspruch auf Information hatte, der Schweigepflicht verpflichtet wie alle Übrigen. Mein Standpunkt war wohl überlegt, juristisch klar abgeklärt, den Mitarbeitern offen dargelegt.

Im Nachhinein „Sturm im Wasserglas“ ? Sturm schon, denn es gab unzählige Sofortsitzungen mit Spitalleitung, vorgesetzter Behörde, Vorstand Spitalverband, Kanton,

Anfragen von Medien. Formal fand sich ein anderer Weg, wie man die Seelsorge integriert lassen konnte.

1995 wurde die Medizinische Klinik im Zieglerspital wegen Fahrlässigkeit in der Betreuung einer betagte Patientin eingeklagt. Sie war am 3. Tag nach Hospitalisation wegen einer Pneumonie mit Frakturfolgen gestürzt. Die Kläger vertraten die Ansicht, man hätte die Patientin in ihrem Unruhezustand sedieren und sichernd fixieren sollen.

Zum Erstaunen fanden sich in den vom Gericht eingeholten Expertisen die Meinungen, dass der Verhinderung des Sturzes „mit medikamentösen und anderen Massnahmen“ ungenügend Beachtung geschenkt worden sei. Das Spital wurde zur Übernahme der operativen Folgekosten verpflichtet. Die vorgesetzte Behörde hatte entschieden, das Urteil nicht weiterzuziehen, um nicht durch ein allfällig nochmals ähnliches Urteil noch grössere Unsicherheit bei der Betreuung in ähnlichen Situationen auszulösen.

Die SGG hat in der Folge eine Expertengruppe eingesetzt, aus deren Tätigkeit nach ausgedehnter Vernehmlassung bei Spitälern und Pflegeinstitutionen „Freiheit und Sicherheit, Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen“ entstanden sind. 1999 veröffentlicht folgten 4 Neudrucke, im Jahre 2011 eine komplett überarbeitete Neuauflage.

2001 wurde in Luzern im Pflegezentrum Eichhof ein Pfleger überführt, mehrere demente Bewohner in den vorangehenden Monaten und Jahren umgebracht zu haben; wie sich herausstellte auch schon in Pflegeinstitutionen, in denen er früher tätig gewesen war. Dank der umfassenden, sorgfältigen, aufmerksamen Beobachtungen durch den Heimarzt war diese Aufdeckung überhaupt möglich geworden. Es gab das Verfahren gegen den Täter. Aber auch der Heimarzt wurde eingeklagt:

Er hätte dies früher merken sollen, war der Vorwurf, der in erster Instanz zu seiner Verurteilung führte. Erst in 2. Instanz wurde er freigesprochen und das Verfahren 2008 beendet. Man stelle sich die Belastung vor, der unser Kollege während all dieser Jahre ausgesetzt war.

4. Von der SGG zur SFGG

Die SGG wurde 1953 in Basel u.a. von A.L.Vischer – Vorgänger von Dr. Jucker- und den Medizinprofessoren von Albertini ZH, Martin GE, Steinmann BE und Verzar BS gegründet.

Sie hatte zwar 3 Sektionen, die meisten Mitglieder Aerzte, in der medizinischen-klinischen, einige Forschende in der biologischen und eine sozialmedizinischen Sektion.

Als 1979 F. Huber Präsident wurde, begann auch "auf Druck" junger Mitglieder (Schneider Psychologe ZH, Rageth Soziologe in Lausanne, Bourgeois Pro Senectute ZH) eine Umgestaltung und Öffnung :

1980 erfolgte eine erste grosse 3-tägige interdisziplinäre Regionaltagung in den Kongressräumen der Firma Sandoz.

In St. Gallen fand 1981 bereits die nächste Tagung statt. Als interdisziplinäres Thema wurde gewählt: "Intervention und Rehabilitation in der Geriatrie". Erstmals wurde Frau Prof. U. Lehr, damals am Psycholog. Institut in Bonn, als Referentin eingeladen. Sie war bekannt durch ihre Publikationen zu Psychologie des Alterns. Ihr Nachfolger ist der uns ebenfalls bekannte Andreas Kruse.

1983 an der nächsten 3 tägigen Regionaltagung in Bern wurde erstmals der von der Fa. Mölnlycke gesponserte Posterpreis verliehen

1985 wurde Rahel Hauri zur Präsidentin gewählt: die erste Frau, eine Pensionierte, von Beruf Sozialarbeiterin.

1986 wurde eine Revision der Statuten und eine Reorganisation der SGG beschlossen, die Gesellschaft war auf >800 Mitglieder gewachsen. Nach Vernehmlassungen wurden diese in meiner Präsidentschaft 1991 genehmigt und umgesetzt. Bedeutsame Neuerungen:

Es wurden berufsspezifische und themenbezogene Fachgruppengründungen innerhalb der SGG möglich, die Amtsdauern im Vorstand wurden auf 2 Jahre begrenzt, ebenso die Häufigkeit der Tagungen, die jeweils von der Präsidentin/ dem Präsidenten organisiert wurden. Es wurde ein festes Sekretariat – heute Geschäftsstelle - geschaffen sowie die Informationsschrift „Geriatrie-info“.

In den Jahren 88-98 organisierte F. Huber im 2-jährigen Zwischenrhythmus der „Präsidentschaften“ die jeweils grossen interdisziplinären SGG-Regionaltagungen im Kongresszentrum der Messe Basel.

Die neuen SGG-Statuten ermöglichten die Gründung der Schweizerischen Fachgruppe für Geriatrie : am 3.12.92 erfolgte der „Spatenstich“ dazu in Basel.

Allmählich kam die Geriatrie ins Bewusstsein der übrigen medizinischen Fach- und Spezialistengesellschaften, wurden doch von den geriatrischen Zentren in Basel, Bern, Zürich und Genf in den Jahren 1980-90 3 tägige Weiterbildungskurse für niedergelassene Ärzte angeboten. Zwischen 1994 und 2001 wurden unter dem Patronat der Uni Basel, Bern

und Zürich 2-jährige Kurse in geriatrischer Medizin verteilt auf mehrere Kurstage durchgeführt.

Die SGIM (Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin) nahm all diese Aktivitäten wohlwollend zur Kenntnis und lud die Fachgruppe 1994 erstmals offiziell an den SGIM-kongress zum Hauptthema „Geriatric“ ein. Die heutige Teilnahme am SGIM-kongress ist seither zur Selbstverständlichkeit geworden.

1997 wurde an einer Sitzung der internistischen Fachgesellschaften (damalige Subspezialitäten) klar, dass die Geriatric als Untertitel von allen anderen Fachgesellschaften als unnötig erachtet wurde, sie behandelten alle ja schon längst geriatriche Patienten. Die Gesellschaften postulierten einen Fähigkeitsausweis Geriatric, der für sie wahrscheinlich weniger bedrohlich und verpflichtend war. Die Fachgruppe Geriatric der SGG lehnte diese Vorgehen strikte ab.

Die Fachgruppe entschied, ein Curriculum für einen Haupttitel auszuarbeiten und diesen der FMH einzureichen. Zwischenzeitlich war die Fachgruppe in eine Fachgesellschaft mit allem drum und dran (Statutenänderungen, Zustimmung der SGG) umgewandelt worden, Wir mussten als Gesellschaft auf gleicher Augenhöhe mit anderen Gesellschaften verhandeln können. 1998 wurde der Antrag auf Schaffung eines fachärztlichen Haupttitels Geriatric der KWFB vorgestellt. Der Titelantrag wurde durch das Plenum mehrheitlich abgelehnt mit der bekannten Argumentation der unnötigen Fragmentierung der Medizin. In der Sitzung schlugen die Vertreter der SGAM (Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin) plötzlich vor, es liesse sich doch ein Schwerpunkttitle zur Allg. Med. realisieren, worauf die Internisten unter Druck kamen und sich ebenfalls „bewegten“, auch die SGIM stimmte einem Schwerpunkt zum Facharzt für Innere Medizin plötzlich zu. In intensiven Verhandlungen mit SGIM und SGAM konnten wir unser Curriculum konkretisieren, durch alle Gremien (Vorstände SGIM, SGAM, KWFB, Präsidentenkonferenz, Ärztekammer) durchbringen. Auf den 1.1.2000 konnte ich als Präsident der Fachgesellschaft Geriatric stolz sagen „Freude herrscht“, denn ab diesem Datum hatten wir einen FMH-anerkannten Titel. Heute haben wir in der SFGG 193 Titelträger..

Würde bringt Bürde

Mit der Realisierung eines Geriatric-titels begann eine neue Schaffensperiode.

Es mussten die verschiedensten Gremien geschaffen werden und diese waren mit Fachpersonen aus unseren Kreisen zu bestücken :Prüfungskommission , Kommissionen für Titelanerkennung, Aus- Weiter- und Fortbildung, Anerkennung der Weiterbildungsstätten,

amb. und stat. Langzeitbetreuung, akute und rehabilitative Geriatrie im Spital, Delegierte Tarmed. , Delegierte DRG.

Die Fachgesellschaft musste aus juristischen Gründen in einen selbständigen Verein umgewandelt werden, die Tochter der SGG wurde erwachsen zu einer Partnergesellschaft der SGG.

Hier hat Daniel Grob grosse Verdienste, indem er mit einem in diesen Belangen erfahrenen Gastroenterologen (Dr. Max Hefti, Küssnacht) im Jahre 2000 dies an die Hand nahm. Genehmigt an der Mitgliederversammlung vom 7.11.02 wurde die SFGG auf 1.1.2003 zum Verein.

Daniel Grob zeichnet auch als Autor „Profil Geriatrie“ 2006 und „Geriatrie und Swiss DRG“ Feb. 2008 und als Initiator der Fortbildungskurse „LTC“ (Long term care) für Heimärzte, die über eine 2-jährige Periode an verschiedenen Langzeitinstitutionen durchgeführt werden. Der aktuell verantwortliche Organisator ist Dr. Thomas Häsli in Dielsdorf mit der 3. Kursserie. Das Ziel dieser Kurse: Keine Ausbildung von „Schwachstromgeriatern“ sondern eine „Nachrüstung“ von praktizierenden Allg. Medizinern und Internisten für das, was sie für eine gute Betreuung in Langzeitinstitutionen benötigen

Aktuell wird die SFGG präsiert von Thomas Münzer, seit 2011 Nachfolgechefarzt von Christoph Hürny in St. Gallen. Auch er war einmal in Bern dazumal am Zentrum Geriatrie-Rehabilitation des Zieglerspitals in Forschungsprojekten bei Andreas Stuck tätig.

Heute präsiert er einen Verein von 386 Mitgliedern.

5. Bedenkenswertes im Heute der Geriatrie von Morgen

Der Begriff Geriatrie ist heute präsent :

In einer Bevölkerung, die älter wird

Bei den Politikern, die sich einsetzen, dass ältere Menschen ihre Probleme (= zu lösenden Aufgaben) bestmöglich meistern können.

Das Ziel der Bemühungen der Geriatrie soll eine günstige Beeinflussung der Lebensqualität sein, damit sich gelingendes Leben, wozu auch sein Abschluss gehört, vollziehen kann.

Im Zentrum unserer Bemühungen steht der betagte Patient. Damit sind wir bei der sozialetischen Grundsatzfrage: Ist der Sabbat für den Menschen oder der Mensch für den Sabbat? Wenn wir das auf heutige Situationen anwenden :Ist das Spital für den Patienten oder der Patient für das Spital? Wenn Sie bei Eintritt eine Diagnose festhalten, kann es geschehen, dass Sie bereits das Austrittsdatum vorgegeben erhalten.

Ist die Pflegeinstitution für den pflegebedürftigen Mitmenschen oder dieser für die Institution, wenn sie nur Patienten ab Pflegestufe 9 aufnimmt ? Sie werden für Ihre Bemühungen nicht belohnt, wenn die Pflegestufe erfreulicherweise abnimmt. Die Institution nimmt weniger ein, der Verwalter ist „irritiert“.

Sie können argumentieren, das seien betriebsökonomisch errechnete Vorgaben.

Sie haben recht, Ökonomie ist an sich nichts schlechtes Oikos = das Haus, nomeuo =hüten, weiden.(abweiden). Bedeutsam aber ist, was heute daraus gemacht wird denn:

In einer Gesellschaft gilt nicht, was man sagt, sondern was die Mehrheit einer Gesellschaft stillschweigend akzeptiert. So lese ich in den Leitsätzen eines Universitätsspitals: Der Patient muss bewirtschaftet werden.

Die Rentabilität in der Ökonomie scheint heute vordringlich zu sein. Im Wort Rentabilität liegt reddere : zurückgeben, ertragreich sein – was muss der Patient zurückgeben?

Ökonomie und Rentabilität lassen sich in einem Produktionsbetrieb gut durchrechnen. In unserem Tätigkeitsfeld liegt dies wegen des unberechenbaren Faktors Mensch etwas anders. Dann ist es noch ein alter, also langsamer individueller. schwer berechenbarer Mensch.

Die Geriatrie soll, wenn sie bestehen will, pointiert auftreten :

- In der Öffentlichkeit, bei der Ärzteschaft, in Lehre und Forschung
- Zeigen Sie, was sie in ihrer Institution warum, wie tun, warum Sie welche Mittel vor allem menschliche, benötigen
- Zeigen Sie, was das Spezielle in der Arbeit nach den bio-psycho-sozialen-funktionellen und ökonomischen Aspekten ist, was dem alten Patienten Wesentliches zu seiner Lebensqualität beiträgt im Gegensatz zur nicht geriatrischen Arbeitsweise.
- Zeigen Sie, was die Geriatrie im Bereiche der Prävention alles erreichen kann

- Lernen Sie., etwas von Ökonomie zu verstehen, setzen Sie die Ökonomen ein, aber auf originelle, andere Weise als es alle anderen tun und weisen Sie nach, dass die Geriatrie sehr wohl volkswirtschaftlich, nicht ausschliesslich betriebswirtschaftlich etwas zurückgibt –rentabel ist.
- „Infiltrieren“ Sie in Aus-Weiter und Fortbildung, in dem Sie die medizinischen Fachgebiete „geriatisieren“, sie haben ja an den Schlüsselstellen Ihre Vertreter : Bilden Sie begeisterte Kader aus und weiter, indem Sie selbst als Vorbild begeistern

Ein Ziel :Wenn in Zukunft die betagten Patienten darauf bestehen, nur von den Fachkräften, von Menschen also , die im **Fach** Altersmedizin **Kraft** haben, in Institutionen – ambulant oder stationär – betreut zu werden.

Ich kann mir gut vorstellen, wie Sie jetzt denken und argumentieren, ganz nach dem Motto : Ihre Mitarbeiter sind geschult, Ihnen nachzuweisen, warum eine Idee, die Sie haben, nicht geht. Geht sie nicht ? Haben Sie denn schon begonnen ?

Ich hege Hoffnung, dass Sie alle irgendwo und irgendwie sich auf den Weg begeben können, ja schon auf dem Weg sind. Lassen Sie nicht nach, Sie werden, wenn Sie dabei achtsam sind, viel Mitmenschlichkeit und Freude erfahren können.

Diese Hoffnung, die ich hege, hat Vaclav Havel einmal wie folgt umschrieben

Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht

sondern

die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal, wie es ausgeht.